



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JACIARA VILSÉLIA PACÍFICO
MICHELI LEAL FERREIRA**

O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família.

**FLORIANÓPOLIS
2013**

JACIARA VILSÉLIA PACÍFICO

MICHELI LEAL FERREIRA

O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: Potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família.

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza

Co-orientadora: Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

**Florianópolis
2013**

JACIARA VILSÉLIA PACÍFICO
MICHELI LEAL FERREIRA

**O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS
ENFERMEIROS: Potências e fragilidades no exercício da
contrarreferência de pacientes com doença vascular
debilitante e sua família**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi julgado adequado e aprovado, como requisito para integralização do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora



Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza



Magali Schutz Correa



Fabila Fernanda dos Passos da Rosa

Florianópolis, 09 de julho de 2013.

AGRADECIMENTOS - Jaciara

E passados quatro anos de graduação, chega a hora de concluir mais uma etapa em minha vida, etapa esta cheia de desafios os quais ultrapassei com muita batalha e determinação, e sempre com o apoio daqueles que, com toda certeza foram essenciais nesta minha caminhada e agora recebem meu agradecimento, mais que especial!

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me permitir a conclusão de mais este sonho e por dar-me sabedoria para seguir sempre em frente, mesmo quando as batalhas pareciam não ter mais fim.

Aos meus amados pais, Vilsélia e José por tudo o que são e representam para mim. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis, tudo o que sou hoje devo única e exclusivamente a vocês que sempre fizeram o melhor para que eu pudesse chegar onde estou. Vocês que muitas vezes abdicaram de seus desejos, para tornar realidade meus sonhos. Obrigada por todos os ensinamentos que me deram ao longo da vida, por todas as oportunidades que me fizeram crescer e por acreditarem sempre em mim e no meu potencial, sem a confiança de vocês eu não teria chego até aqui. Obrigada por toda a dedicação e incentivo, vocês são a razão da minha vida.

Aos meus irmãos Jaílson, Janice e Jozeni, por serem muito mais que irmãos, por me apoiarem sempre, por todo o auxílio, todo o amor e toda a compreensão que sempre tiveram comigo. Aos meus cunhados, Priscila, Josiel e Sandro que com certeza, são como irmãos para mim, obrigada pelos momentos de alegria e companheirismo. E aos meus amados sobrinhos, Luckas, Matheus, Gabriela, Maria Eduarda, João Gabriel e Ana Beatriz, que apesar da pouca idade, me deram muita energia neste longo caminho. Obrigada a vocês que sempre torceram e vibraram muito comigo, a cada etapa concluída, a cada novo passo dado, obrigada por estarem sempre ao meu lado, vocês também fazem parte desta conquista, meu amor e gratidão, vocês são infinitos.

A todos meus amigos e familiares que compreenderam, por muitas vezes, o motivo da minha ausência nos encontros e festas, que me apoiaram, mesmo que de longe. Obrigada por estarem ao meu lado quando eu mais precisei da força de vocês, obrigada pelas palavras de carinho que recebi de cada um nas mais diversas situações.

Aos meus queridos amigos da equipe da esterilização HU/UFSC com os quais tive o imenso prazer de conviver diariamente, ao longo de um ano e meio de estágio, onde por muitas vezes, estar trabalhando era um "refúgio" para o estresse vivido em meio a semestres tumultuados

da faculdade. Obrigado pelos momentos de descontração, de apoio e, principalmente, de aprendizagem que me proporcionaram neste período. Muito do que sou hoje e serei como profissional de uma equipe de saúde aprendi com vocês. Cada um, com seu jeito particular de ser, tem um lugarzinho especial na minha vida e serão lembrados com muito carinho, para sempre e por onde eu for.

A toda a equipe de enfermagem da clínica cirúrgica II do HU/UFSC, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, pelo auxílio durante os dois meses de estágio na unidade. Obrigada por todas as oportunidades e aprendizado que me proporcionaram.

Um obrigada especial as minhas queridas enfermeiras supervisoras, Magali e Tatiana, por toda a atenção, carinho e paciência que tiveram comigo durante os estágios e a realização do TCC. Obrigada por todos os momentos de descontração, de reflexão e de autonomia que me proporcionaram, vocês são exemplos de profissionais para mim e ficarão marcadas para sempre, muito obrigada por tudo.

Aos colegas de turma, por estes anos de convivência, por compartilharmos das angústias, tristezas e momentos de felicidades que a graduação nos trouxe. Em especial à minha parceira de TCC Micheli, por todo o companheirismo ao longo dessa cansativa batalha. Sabemos, melhor do que ninguém que não foi fácil chegar até aqui, muitas foram as discussões, as tensões, as lágrimas, mas enfim, podemos comemorar o fim de mais um ciclo.

À professora Ana Rosete, obrigada por ter aceitado o convite de co-orientação do TCC e dividir conosco esse momento.

À enfermeira mestranda Fábila, agradeço pelas contribuições ofertadas para o enriquecimento do nosso TCC.

E por fim, porém não menos importante, um obrigado muito especial a minha amada orientadora Professora Laura. Obrigada por ter acreditado em nós, obrigada por toda a ajuda, por todo apoio, por toda compreensão e, principalmente, por todo amor e carinho que você sempre dedicou a nós ao longo da construção deste trabalho. Mesmo enfrentando tantas dificuldades, você nunca desanimou, esteve sempre muito forte e nos dando força e incentivo para que conseguíssemos chegar ao fim desta caminhada. Você é muito mais do que professora e orientadora, me orgulho demais de você por tudo que é e representa para os seus alunos. Tenho um carinho e uma admiração imensa por você, és e serás para sempre muito especial, minha "prof. diva"!

AGRADECIMENTOS - Micheli

É preciso citar em primeiro lugar, minha família que como um concreto pilar me deu estrutura para esta conquista, muito em especial minha linda “velhinha”, minha avó paterna de 91 anos que mesmo sem saber, me mostra que todo dia é uma conquista e que só colhemos o que plantamos.

Também para minha maravilhosa e incomparável filha Giulia Leal Garcia que por muitas e muitas noites foi deixada de lado e trocada por um livro, ou vários livros, e mesmo assim ao despertar me dava o melhor abraço do mundo e um sorriso que me deu energias para continuar e mais uma noite ter coragem de dizer: Filha vai dormir e deixa a mãe estudar, por favor!!!Te amo muito filha, você é a razão para tudo isso.

Aos meus amigos que foram imprescindíveis nessa hora, meu eterno agradecimento, pois foram vocês que me fizeram sorrir quando só tinha vontade de chorar, me empurraram para frente quando queria recuar e me levantaram quando tinha pretensões de me manter no chão.

A todos os professores e funcionários dos diversos campos no qual passei vocês me mostraram a real essência de ser uma enfermeira, bem como todos os pacientes que tive a oportunidade de cuidar e que me deram um sorriso e, um muito obrigado mesmo estando com dores imensuráveis, com uma perna recém-amputada, ou com um prognóstico reservado mostrando assim a grandiosidade desta profissão e, todo o comprometimento que ela necessita.

Aos orientadores, supervisores e membros da banca deste TCC minha mais sincera gratidão aos esforços somados para realização deste estudo.

Principalmente nossa “Diva”, é você mesmo dona Laura Cristina que com esse “sorrisão” e seu brilho no olhar nos motivou até nas horas mais difíceis em que nem mesmo nós acreditávamos ser capazes.

A minha colega de batalha, Jaciara que dentre muitas discussões e desencontros, conhecimentos, e aprendizados pessoais manteve-se do meu lado até o fim!

Por último e não menos importante, a Deus que mesmo sem que eu notasse, tenho a certeza que sempre esteve ao meu lado, ele e meus entes queridos que hoje não podem me abraçar pois precisaram partir, mas mesmo na falta daqueles abraços, posso sentir suas energias me circundando por o quer que eu esteja.

Muito, muito obrigadaaaaa...

EPÍGRAFE

*"Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida!"*
(Florence Nightingale)

PACÍFICO, Jaciara Vilsélia; FERREIRA, Micheli Leal. O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: Potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

RESUMO

Pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória com o objetivo geral de conhecer o cotidiano dos enfermeiros da Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Florianópolis/SC, na perspectiva do processo de contrarreferência do paciente com doença vascular debilitante e sua família de uma Unidade de Internação Cirúrgica para a Atenção Primária. Teve como marco teórico a base conceitual para a Integralidade na perspectiva de um cuidado pautado no ser humano e sua multidimensionalidade e a Visão de Ser Saudável do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS/SC. Respeitando critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 8 sujeitos, cada um respondeu à duas entrevistas, a primeira durante sua internação e a segunda em seu primeiro retorno ambulatorial pós alta hospitalar e efetivação do processo de contrarreferência. As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin e para mostrar os resultados foram geradas quatro categorias, sendo elas: O Quotidiano dos Enfermeiros no Cuidado de Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família Hospitalizados em uma Unidade de Internação Cirúrgica na perspectiva da contrarreferência; O Exercício de Contrarreferenciar os Pacientes Internados com Doença Vascular Debilitante, e sua Família, para a Atenção Primária; As Intervenções Realizadas pela Atenção Primária no Olhar dos Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família após a Contrarreferência do Nível Terciário; Potências e Fragilidades do Quotidiano de Trabalho dos Enfermeiros para a Efetiva Implementação da Contrarreferência. Em seguida, estas foram discutidas constatando-se que dos oito sujeitos da pesquisa, seis necessitaram de amputações e quatro destes já possuíam internações anteriores por complicações de suas patologias, em especial, feridas sem cicatrização adequada, e que as intervenções realizadas pela Atenção Primária não foram as esperadas, afirmando ainda que na grande maioria foram insuficientes mediante as necessidades de cada sujeito, entretanto se faz necessário reforçar que houve aproximação dos usuários do SUS com a Atenção Básica e seus profissionais, bem como uma maior conscientização quanto a necessidade de manter o tratamento e realizar de forma efetiva a manutenção de sua saúde através de cuidados diários alimentando em cada usuário a vontade da busca pelo ser saudável, com isso concluímos que o exercício da contrarreferência trouxe inúmeros benefícios e que embora seja um estudo de pequeno porte evidenciou-se a importância de haver uma co-responsabilização entre o exercício de implementação da referência e contrarreferência dos profissionais e a utilização deste recurso pelos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade. Apesar de haver grandes limitações nos serviços de saúde é imprescindível “dar o primeiro passo”. É necessário conscientizar os profissionais, em realização de estudos na área para mostrar a realidade atual, devem ser criadas também articulações que transformem este processo em algo que realmente possa ser efetivado, uma vez que o sistema é composto por redes.

DESCRITORES: Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Integralidade.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AH – Alta Hospitalar

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

CAPS - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HU - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

NUPEQUIS/SC - Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina

PSF - Programa de Saúde da Família

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVP - Trombose Venosa Profunda

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UIC – Unidade de Internação Cirúrgica

UIC II - Unidade de Internação Cirúrgica II

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. DEFINIÇÃO DA BASE TEÓRICA E CONCEITUAL	17
3.1 MARCO CONCEITUAL	22
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	26
4.4 COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5. RESULTADOS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES	51
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA REALIZADO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	52
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA REALIZADO NO RETORNO DO USUÁRIO APÓS CONTRARREFERÊNCIA.....	53
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE D – REGISTRO DA CONTRARREFERÊNCIA REALIZADA	56
ANEXOS.....	58
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	59
PARECER FINAL DO ORIENTADOR.....	61

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, teve sua organização e o funcionamento dos seus serviços regulamentados no ano de 1990 com a Lei nº 8080 que, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde... e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p.1). Segundo a referida lei, o SUS tem, como um de seus objetivos, prestar “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990, p.2). Este documento traz que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo alguns princípios” (BRASIL, 1990, p.4).

Dentre os princípios do SUS está a integralidade da assistência que é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.4).

Assim, a integralidade, como um dos princípios constitucionais do SUS garante, a todo e qualquer cidadão, o direito de acesso a todos os níveis de complexidade de cuidado à saúde, com a realização de ações assistenciais até atividades desenvolvidas nas áreas de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Para que isto ocorra, é necessário que exista uma cobertura de serviços em diferentes níveis de atenção, com a constituição de uma rede de serviços, com a integração de ações, para proporcionar uma atenção integral ao usuário (BRASIL, 2009a).

A Lei 8080/90 ainda dispõe sobre o fluxo de atendimento do usuário, definindo que: “as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1990, p.5). O SUS é composto por três níveis de complexidade de cuidado à saúde, sendo eles de baixa, média e alta complexidade, organizados de maneira hierárquica e, cada qual prestando atendimentos referentes ao seu nível de cuidado, de acordo com a especialização das atividades prestadas.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária,

considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009b, p.33, 44, 208).

Segundo Brasil (2003), a hierarquização do SUS ocorre para que o usuário tenha a sua disposição atendimentos de saúde nos três níveis de atenção. A organização deste sistema se dá de maneira que, o usuário tenha perto de sua casa, um serviço com atendimento de baixa complexidade para resolver os casos mais casuais. Quando essas necessidades não podem ser resolvidas por completo neste setor, o usuário então é referenciado para um nível de maior complexidade para atendimento com especialistas.

Para Rodrigues (2009) e Brasil (2003) para que a resolutividade do processo de regionalização e hierarquização da saúde se operacionalize no cotidiano é necessária a criação de mecanismos para que o fluxo dos pacientes dentro do mesmo seja articulado. Na convergência das ideias dos autores, este processo, conhecido por referência e contrarreferência é dinâmico e flexível, uma vez que busca direcionar o usuário aos diferentes níveis de atenção, objetivando a resolutividade de seus problemas de saúde, ou mesmo prevenção e promoção da saúde. O usuário é atendido de forma descentralizada, em seu município ou bairro que reside, se o seu problema de saúde necessitar de um atendimento do nível da alta complexidade, ele é referenciado para um serviço necessário. Quando a situação de saúde é mais simples, o usuário pode ser contrarreferenciado para o nível primário de atenção.

Com isso, como definição do processo de referência e contrarreferência tivemos que:

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço. Já a contrarreferência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde (SILVA *et al*, 2010, p. 30).

Após as exposições realizadas, concordamos com Fratini; Saupe; Massaroli (2008), quando corroboram na discussão sobre a compreensão do que vem a ser integralidade, referência e contrarreferência. As mesmas sugerem que tais elementos estão diretamente relacionados e ao pensarmos de forma humanizada o desenvolvimento destes nas práticas de

cuidado aos usuários, e o grau de complexidade do seu problema, o quanto é necessário o acolhimento, bem como existe possibilidades reais de resolutividade no sistema de referência e contrarreferência no SUS, sempre é possível fornecer um atendimento integral e humanizado ao usuário e realizar a articulação entre os sistemas de atendimento.

Silva (2009) citou que, segundo registros do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), para construir um sistema de referência e contrarreferência que funcione na prática como é proposto, é preciso muito mais que o simples encaminhamento de um usuário para este ou aquele nível e de troca de informações gerenciais e tecno-científicas entre os profissionais, pois o mais importante neste processo é fornecer informações com o objetivo de difundir conhecimentos que irão ocasionar um atendimento com mais qualidade ao usuário do SUS.

Um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo traria hoje inúmeros benefícios para a população e o atual sistema de saúde, visto que seria notável a diminuição no número de complicações em curto prazo de doenças debilitantes como as vasculares, que levam a reinternações seguidas e a cronificação de processos agudos, que poderiam ser resolvidos na contrarreferência. O que na prática vê-se uma carnificina de procedimentos invasivos constantes como amputações recorrentes que levam as pessoas há conviver com limitações físicas que poderiam ser evitadas.

As doenças crônicas podem debilitar a ponto de levar seus portadores à invalidez parcial ou total, causando grandes repercussões em sua vida e na de suas famílias, abalando sua qualidade de vida, sua saúde mental, a estrutura familiar, sua dinâmica, e aumentando os custos da assistência à sua saúde, que seria diferente, se houvesse mais investimentos pesados na prevenção e promoção da saúde, e também na reabilitação.

A opção de concentrar este estudo nos usuários portadores de doenças vasculares como o pé diabético, aterosclerose, trombose venosa profunda (TVP), vasculites entre outras, destaca-se pelo alto índice de complicações debilitantes que estas ocasionam aos seus portadores quando mal controladas e acompanhadas, em função das evidências nos diversos níveis de complexidade. Porém, uma pesquisa partindo do nível terciário, onde os usuários geralmente recebem sua alta com alguma limitação e necessitará de acompanhamento para evitar novas injúrias e reinternações, tornou-se de fato atraente, como ponto de partida para conhecer este cotidiano dos enfermeiros e desta realidade.

Durante os estágios realizados em nosso processo de formação acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), presenciamos usuários do SUS entrando e saindo dos hospitais, repetidas vezes, com as mais

diversas complicações. Questionamentos nasceram a partir destas imagens, pois, mesmo recebendo orientações na alta hospitalar (AH), explicações para seu acompanhamento domiciliar e adaptação à sua nova condição de vida, muitos destes retornavam para a hospitalização com agravos da mesma origem.

Fora aprofundando leituras sobre a temática na área, e seguindo os estágios curriculares nas Unidades de Saúde, que observamos a incipiência da comunicação entre os níveis de atenção à saúde do usuário, ou seja, a referência e a contrarreferência que não se efetivava como está descrita pelo Ministério da Saúde.

Por vezes, a grande maioria desta clientela não consegue a resolutividade efetiva para a manutenção e melhoria na sua qualidade de vida, na sua capacidade funcional, na adesão aos medicamentos e dieta, medidas estas que garantiriam uma vida saudável mesmo a um portador de doença crônica. Foram estas lacunas que nos impulsionaram a pensar no objetivo de uma pesquisa que trouxesse alguma contribuição para a prática, mesmo que em um micro espaço institucional, mas que representasse uma semente que instigue outros profissionais a buscar despertar a consciência da importância de contrarreferenciar seu trabalho nas unidades hospitalares, uma vez que trabalham muito, desenvolvem um excelente processo de cuidar, mas continuam no anonimato uma vez que não ampliam seu fazer para a continuidade na atenção primária.

Este gesto, além de auxiliar os profissionais que estão na ponta, nas unidades básicas de saúde, reduzirá os gastos públicos com o nível terciário, e fará com que os gestores possam ampliar verbas para a saúde nos diversos níveis de atenção ampliando a cultura da promoção à saúde e o reconhecimento do papel dos enfermeiros neste processo. Assim, inquietações foram nos envolvendo ainda mais para conhecer este universo e seguir com o propósito de viver este cotidiano junto com a equipe de enfermagem, e demais membros da equipe multidisciplinar, com os pacientes, suas famílias e realizar o exercício de contrarreferenciar junto às unidades de Atenção Básica.

Diante destas inquietações, elaboramos a seguinte questão de pesquisa:

Como é o cotidiano de trabalho dos enfermeiros, as potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família, em uma Unidade de Internação Cirúrgica (UIC) para a Atenção Primária?

As observações realizadas no cotidiano hospitalar enquanto acadêmicas em conjunto com a escassez de referências sobre o tema convergem para justificar a relevância

social deste estudo, afim de, alcançarmos os objetivos, gerais e específicos apresentados a seguir.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o cotidiano dos enfermeiros da Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) – Florianópolis/SC, na perspectiva do processo de contrarreferência do paciente com doença vascular debilitante e sua família de uma UIC para a Atenção Primária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar o processo de contrarreferência dos pacientes internados na UIC do HU com doença vascular debilitante e sua família para a atenção primária;

Conhecer os modos de intervenção realizados pela atenção primária a partir do olhar do paciente com doença vascular debilitante e sua família, após o exercício da contrarreferência;

Identificar internações reincidentes de pacientes com doença vascular debilitante contrarreferenciados no período de abril a maio de 2013 pela atenção terciária;

Analisar as potências e as fragilidades encontradas no cotidiano de trabalho dos enfermeiros no exercício do processo de contrarreferência desenvolvido junto ao paciente com doença vascular debilitante e sua família no nível terciário de atenção à saúde.

3. DEFINIÇÃO DA BASE TEÓRICA E CONCEITUAL

Inicialmente realizamos uma extensa pesquisa bibliográfica nas bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nos periódicos da CAPS (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações onde consideramos teses de mestrado e doutorado das Universidades Federais do Brasil; e usando os mais diversos descritores (Referência, Enfermagem, Sistema Único de Saúde, Alta do Paciente e Doença vascular) todos eles previamente validados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chave (Contrarreferência, Encaminhamento e Integralidade).

Constatamos a escassez de pesquisas e estudos relacionados ao tema em questão, mesmo após realizar busca manual com base nos estudos já encontrados, logo, para termos conteúdo para esta definição da base teórica estendemos o período de inclusão para 15 anos e consideramos produções realizadas por profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que, somente cinco artigos dos sete encontrados eram da Enfermagem.

Sobre o processo de referência e contrarreferência os autores são unânimes quanto à importância do mesmo para o usuário e para sistema de saúde, e isto se confirma com o relato de Silva (2009, p. 61), que “acredita-se que uma contrarreferência efetiva favorece a integralidade do cuidado”.

Fratini; Saupe; Massaroli (2008, p. 71), dizem que a contrarreferência traz como benefícios “a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes; bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos”. Neste estudo, foi avaliada uma forma de articulação entre a atenção terciária e a primária, chamada de “altas especiais”, onde o usuário era de certa forma, contrarreferenciado à unidade básica de saúde (UBS) de sua abrangência territorial, em sua AH. Um exemplo do que precisa ser a realização da referência e contrarreferência e que as autoras também avaliaram, no tempo de sua pesquisa, que dos 110 pacientes que foram contrarreferenciados, apenas dois destes tiveram reinternações, o que as levou a concluir que, este processo de articulação foi uma experiência que deu certo e que traz inúmeros benefícios, em especial ao usuário do SUS.

Gutierrez; Barbieri (1998, p. 93), concluíram que “a emissão das Fichas de Referência e Contrarreferência deveria ser estimulada e adotada como um procedimento obrigatório a despeito das suas limitações”, os autores entrevistaram 308 usuários após suas

consultas no ambulatório do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- São Paulo com o objetivo de estudar aspectos sociais, econômicos e a morbidade destes pacientes. Os autores, apesar de evidenciarem a amplitude da importância do processo, não veem o mesmo, isoladamente, como a solução para o problema de saúde do país, mas acreditam ser um instrumento que racionalize o trabalho médico uma vez que direciona o fluxo dos pacientes que realmente necessitam de outros recursos além dos disponíveis, no nível primário e secundário.

Reafirmam-se as fragilidades na efetivação do processo de referência e contrarreferência com o estudo realizado por Nunes; *et al* (2002) para identificar o perfil e observar a característica do atendimento prestado à população com doença arterial oclusiva periférica de membros inferiores atendidos nos hospitais públicos terciários na capital do estado da Bahia, acompanhamento este feito até a conclusão dos casos. Este, teve como resultado que:

O primeiro atendimento, na grande maioria dos casos, não é realizado em serviços de atenção primária, como recomendado pelas políticas vigentes de saúde pública, concluindo assim que a dificuldade de acesso ao atendimento pode decorrer de falhas no sistema de referência e contrarreferência dos pacientes (NUNES; *et al*, 2002, p. 205).

No que diz respeito a nossa vivência prática, se faz necessário ressaltar que logo no primeiro mês de atuação, entre início de março e abril do ano corrente, no estágio supervisionado na UIC II do HU foi possível resgatar do livro de intercorrências da UIC II alguns dados de internações e reinternações que reforçaram a justificativa para a realização deste estudo. Identificamos que neste curto período houve o registro de 32 pacientes internados pela equipe médica da cirurgia vascular desta instituição e que atua na clínica cirúrgica, e quase 10% (3 pacientes) reinternaram com menos de 30 dias após a alta. Deste modo, o processo de contrarreferência seria especialmente importante para que evitasse estas reinternações e as possíveis limitações que estas doenças trazem. Quanto às patologias envolvidas podemos informar que no período acima citado foram observados casos de amputações devido à cicatrização e/ou circulação ineficiente e infecção em feridas operatórias ou mal perfurantes; aneurismas em grandes vasos como artéria abdominal, ilíaca e mesentérica; estenose de carótida com mais de 80% de oclusão do vaso; TVP; Linfangite e Erisipela.

A grande prevalência entre as patologias se deu nos casos de amputação de membros com 34,37%, seguido de estenose de carótida com 21,87%, aneurisma de grandes vasos 18,75%, TVP 16,62%, linfangites 6,25% e tendo menos incidência os casos de erisipela com

3,13%. Notamos ainda a prevalência de homens com doenças vasculares que necessitaram de internação neste período, mais de 65% (21 pacientes).

Quanto à patologia predominante, amputação de membros, é de extrema importância citar que 100% dos casos de deu com portadores de Diabetes Mellitus (DM) e entre estes 81,82% eram do gênero masculino, já entre as mulheres a doença mais presente é a TVP onde temos um registro de 60% dos casos acontecendo com pacientes do sexo feminino.

Sendo conhecida a realidade atual da unidade na qual foi desenvolvida a pesquisa, faz-se necessário algumas definições e considerações sobre as patologias de maior incidência no período, já citadas anteriormente.

Sobre os aneurismas, Porto (2012, p.70) refere que este é uma "dilatação localizada e de mais de 50% do calibre normal de uma artéria. As principais alterações histopatológicas são ruptura das fibras elásticas e colágenas". Smeltzer; *et al* (2009, p. 843) traz algumas considerações sobre a sua classificação, considerando que este "pode ser classificado por sua forma, sendo mais comum o sacular e o fusiforme. Um aneurisma sacular projeta-se a partir de um lado do vaso apenas. Quando todo um segmento arterial se torna dilatado, desenvolve-se um aneurisma fusiforme".

Diferentemente dos aneurismas, a estenose se dá pelo estreitamento da luz do vaso sanguíneo e, conseqüentemente leva à redução do fluxo nas artérias, sendo que o principal causador deste estreitamento é a aterosclerose, que leva a formação da placa aterosclerótica na camada interna do vaso, obstruindo-o e alterando o fluxo (FUKUJIMA; GABBAI, 1999).

Com relação à TVP, temos como definição que esta é a "formação de trombo em veias profundas, principalmente nos membros inferiores e na pelve, geralmente acompanhada de inflamação da parede vascular (tromboflebite)" (PORTO, 2012, p. 985).

Para o conceito de linfangite, esta é uma:

Lesão inflamatória e/ou infecciosa de vasos linfáticos superficiais ou profundos, provocada por bactérias, fungos, filarias ou agentes físicos e químicos que tem como características "estrias avermelhadas que se estendem para cima no braço ou na perna, a partir de uma ferida infectada, delineiam o trajeto dos vasos linfáticos que a drenam (SMELTZER; *et al*, 2009, p. 860). (PORTO, 2012, p. 615).

Sobre a erisipela, temos que esta é uma "infecção bacteriana aguda que afeta a pele e o tecido celular subcutâneo, causada por *Streptococcus pyogenes*" (PORTO, 2012, p. 381).

Por último trazemos algumas definições e considerações sobre o DM e sua correlação com as amputações, estas que são as causas mais prevalentes nas internações descritas. Sobre o DM, trata-se de "um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultantes dos defeitos na secreção

de insulina, ação da insulina ou ambas" (American Diabetes Association [ADA], 2004 *apud* SMELTZER, *et al*, 2009, p. 1158). Existem diversos tipos de DM, sendo os mais comuns e de relevância clínica para o presente estudo, o DM tipo 1 e o tipo 2. Sobre estas duas classificações, Smeltzer; *et al* (2009) trazem que o DM tipo 1 é "um distúrbio metabólico caracterizado pela ausência de produção e secreção de insulina a partir da destruição autoimune das células beta das ilhotas de Langerhans no pâncreas" (p. 1159); já o DM tipo 2 é "um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa da produção de insulina, ação diminuída desse hormônio e resistência aumentada a ele" (p. 1159).

O DM pode trazer a longo prazo, diversos problemas aos portadores da doença. Smeltzer; *et al* (2009, p.1201;1206), trazem que as complicações mais comuns são: complicações macrovasculares que resultam de alterações em vasos sanguíneos de calibre médio, a retinopatia diabética, causada por alterações nos pequenos vasos sanguíneos na retina, nefropatia que é "uma doença secundária às alterações microvasculares diabéticas no rim por fim, as neuropatias diabéticas que "são um grupo de doenças que afetam todos os tipos de nervos, inclusive os nervos periféricos (sensoriomotores), autônomos e espinhais. Os autores ainda citam que:

Os dois tipos mais comuns de neuropatia diabética são a neuropatia periférica, esta que afeta as porções distais dos nervos, principalmente os nervos dos membros inferiores, e a autônoma que afeta o sistema nervoso autônomo, resultando em uma ampla gama de disfunções que afetam a quase todos os sistemas orgânicos do corpo. (SMELTZER; *et al*, 2009, p. 1206).

De todos os problemas secundários que podem ser causados pelo DM aos seus portadores, daremos um enfoque maior para a neuropatia periférica pela sua importância devido as suas consequências e maior incidência vista atualmente, sendo a principal responsável pelas amputações nos pacientes diabéticos. Sobre as manifestações clínicas da neuropatia periférica, temos que:

Embora cerca de 50% dos pacientes com neuropatia diabética não apresentem sintomas, os sintomas iniciais podem incluir parestesias (alfinetadas, formigamento ou sensação de peso) e sensações de queimação (principalmente à noite). À medida que a neuropatia progride, os pés ficam dormentes. Além disso, uma diminuição na propriocepção (consciência da postura e movimento do corpo e da posição e peso dos objetos em relação ao corpo) e uma sensação diminuída do toque leve podem levar à marcha inconstante. As sensações diminuídas de dor e temperatura colocam os pacientes com neuropatia em risco aumentado para a lesão e para infecções despercebidas nos pés. (SMELTZER; *et al*, 2009, p. 1206).

Como visto anteriormente, o fato do paciente possuir um déficit nas sensações dolorosas e térmicas gera um risco maior para a ocorrência de lesões nos membros e, devido ao quadro de diminuição das sensações, este paciente pode não perceber a lesão inicial que

assim, não sendo tratada, pode agravar-se e com isso, a necessidade de uma amputação torna-se real. Sobre a ligação do DM e suas consequências, e os problemas de pés e pernas ocasionados, Smeltzer; *et al* (2009, p. 1207.) trazem que:

Entre 50 e 75% das amputações do membro inferior são realizadas nas pessoas com diabetes. Acredita-se que mais de 50% dessas amputações são evitáveis, desde que os pacientes sejam ensinados sobre as medidas de cuidados dos pés e as pratiquem em uma base diária (ADA¹, 2004). As complicações do diabetes que contribuem para o risco aumentado de problemas e infecções nos pés incluem as seguintes: a) Neuropatia - a neuropatia sensorial leva à perda da sensação de dor e pressão, e a neuropatia autônoma leva ao ressecamento aumentado e formação de fissura da pele (o que é secundário à sudorese diminuída). A neuropatia motora resulta em atrofia muscular, a qual pode levar a alterações no formato do pé; b) Doença vascular periférica - a circulação deficiente nos membros inferiores contribui para a má cicatrização das feridas e para o desenvolvimento de gangrena; c) Imunocomprometimento - a hiperglicemia prejudica a capacidade dos leucócitos especializados para destruir bactérias. Portanto, no diabetes mal controlado, existe uma resistência diminuída a determinadas infecções

Visto sobre os principais complicadores do DM relacionados aos problemas mais comuns nos membros inferiores, trazemos agora como se dá o desenvolvimento das lesões desde o seu aparecimento até a real necessidade de uma amputação devido a infecção ocasionada. Sobre este processo, Smeltzer; *et al* (2009, p.1207) dizem:

A sequência típica de eventos no desenvolvimento de uma úlcera de pé diabético começa com uma lesão de tecido mole do pé, formação de fissura entre os artelhos ou em uma área de pele seca, ou formação de um calo. Os pacientes com pé insensível não sentem as lesões, que podem ser térmicas, químicas ou traumáticas. Quando o paciente não tem o hábito de inspecionar ambos os pés por completo diariamente, a lesão ou fissura pode passar despercebida até que uma infecção grave tenha se desenvolvido. A drenagem, inchaço, rubor da perna (devido a celulite) ou gangrena podem ser o primeiro sinal de problemas com os pés que o paciente percebe (...) Nos pacientes com doença vascular periféricas, as úlceras de pé podem não cicatrizar por causa da diminuição da capacidade do oxigênio, nutrientes e antibióticos, para alcançar o tecido lesionado. A amputação pode ser necessária para evitar a disseminação da infecção.

Após a apresentação sobre o DM, suas principais complicações e o processo destas no organismo do portador, é importante trazermos algumas considerações sobre a amputação, visto que esta também é uma complicação tardia causada pela instabilidade glicêmica no organismo, além de ser a causa número um nas internações ocorridas durante o tempo da pesquisa. Assim, Smeltzer; *et al* (2009, p.2.085), trazem que a amputação:

É a remoção de uma parte do corpo, geralmente uma extremidade. (...) A amputação é usada para aliviar sintomas, melhorar a função e, o que é mais importante, salvar a vida do paciente ou melhorar sua qualidade de vida. (...) A amputação é efetuada no ponto mais distal que vai se consolidar efetivamente. O local da amputação é determinado por dois fatores: circulação na parte do corpo e utilidade funcional. O estado circulatório da extremidade é avaliado pelo exame físico e por estudos diagnósticos. A perfusão do músculo e da pele é importante para a consolidação.

¹ ADA - American Diabetes Association.

Refletindo sobre a realidade acima exposta e entendendo o objetivo do processo de contrarreferência reforçamos a necessidade da efetivação deste processo devido a grande incidência de casos de internações e reinternações encontradas e que poderiam ser evitadas com um acompanhamento efetivo da UBS após a AH, bem como no acompanhamento e orientação quanto a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, processo este já previsto pelo SUS. Esta reflexão vem para fortalecer ainda mais a necessidade da realização desta pesquisa.

3.1 MARCO CONCEITUAL

Usamos como marco conceitual para esta pesquisa a base conceitual de Integralidade na perspectiva de um cuidado pautado no ser humano e sua multidimensionalidade, e a Visão de Ser Saudável, mesmo na condição de conviver com a doença crônica ou aguda, que vem sendo objeto de estudo do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina - NUPEQUIS/SC devido à união destas nuances para se cuidar de pacientes e suas famílias no processo de referência e contrarreferência, além de sua relevância no processo de tratamento, recuperação e manutenção da saúde.

Começou a se pensar no conceito de integralidade a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980, entretanto esta só é considerada um princípio após a criação do SUS, em 1990, com a criação da Lei 8080. A citada lei afirma que a integralidade é “entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.4).

No que diz respeito a não efetivação do processo de referência e contrarreferência no SUS, unido ao princípio da integralidade, Prado; Fujimori; Cianciarullo (2007) constata essa realidade quando comparam a presença deste em uma UBS que conta com equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e outra onde este programa não está presente e afirma que ele não faz parte de nenhuma das duas realidades, percebendo que o acesso dos usuários às unidades era bastante dificultado em ambos os casos.

Unindo a proposta da integralidade à necessidade de discutir o que é ser saudável mesmo na condição de doença, é que emergiu, para fortalecer a discussão dos dados desta pesquisa, por ora em proposição, a base teórico-filosófica que os integrantes do NUPEQUIS/SC vêm estudando há quase 20 anos. Há muitas contribuições construídas nas

longas jornadas e interações do NUPEQUIS em todo o Brasil e internacionalmente, mas, é na tese de doutoramento de Nitschke (1999, p.187) que encontramos um delineamento sobre ser saudável que surgiu de famílias que vivenciam situações como as dos sujeitos de pesquisa que trabalharemos. A autora diz que:

Ao dar voz ao mundo imaginal das famílias que nos disse, a todo o momento, que um caminho de ser saudável é o caminho de buscar o seu prazer, aquilo que se gosta, de arquitetar paixões, sendo e estando com... e que isso não pode ser medido, nem controlado; está dentro de cada um, em cada rede de interações, mostrando plurais formas, ordenadas na sua peculiar desordem. (NITSCHKE (1999, p.187)

Deste modo, se crê que a integralidade está intimamente relacionada com o fato de se buscar o ser saudável que está nas potencialidades que cada ser humano possui em seu interior, reforçado nas interações que estabelece incluindo as redes de apoio, as unidades de saúde, os amigos, entre outros.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tratou de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória que segundo Matheus; Fustinoni (2006) é aquela onde o objetivo do pesquisador é saber o significado dado pelas pessoas à determinada situação. Desta forma, trabalhou-se com dados elencados junto aos sujeitos da pesquisa, vivência no cotidiano, com a realidade do sujeito e, portanto, as análises foram realizadas seguindo a proposta de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011).

Compreendemos que a pesquisa que possui suas bases na fenomenologia, foi ideal para alcançarmos nossos objetivos, uma vez que não se limita a quantificação dos eventos, mas e profundidade de certo fenômeno estudado, mesmo que na ordem de um micro espaço social.

A pesquisa qualitativa permitiu trabalhar com vários métodos para se alcançarmos os objetivos propostos, como a observação participante, as entrevistas, as tecnologias para estabelecer a comunicação no exercício da contrarreferência, portanto se mostrou uma opção metodológica rica, pois deixou o pesquisador apreender o significado dos fenômenos que ali se mostrou. Kakehashi e Pinheiro (2006, p. 105), relatam que “a observação em pesquisa não é só olhar, significa um olhar específico sobre o fenômeno que se deseja conhecer”. Este método permitiu que se obtivessem dados não possíveis por meio de outros métodos, como por exemplo, a entrevista, questionários, enfim, pois durante a observação o pesquisador pode atentar para o que a linguagem não-verbal expressa, a temporalidade que os fatos ocorrem, o comportamento grupal, o individual, e estes, além de serem dado de pesquisas, ofertaram subsídios para a análise e interpretação de outros dados. (KAKEHASHI e PINHEIRO, 2006).

Para Gil (2008, p. 113), a observação participante:

Consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o pesquisador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida do grupo a partir do interior dele mesmo.

A pesquisa qualitativa possui como um de seus maiores encantos a possibilidade de permitir ao pesquisador um olhar mais amplo de um cenário. Quando nos colocamos como agentes de uma escuta sensível e atenciosa diante de pacientes, familiares, profissionais, e os indagamos com questões amplas, abertas, estamos ofertando o direito de o outro falar ou

emitir sinais, imagens, sobre o que pensa o que sente e o que deseja. Quando damos a opção das pessoas falarem o que desejam a respeito do cuidado de si, é muito provável que novas indagações surjam e um novo modo de cuidar se descortine a nossa frente enquanto pesquisadores. Logo, houve grandes contribuições para a ciência.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O HU é um dos únicos hospitais de Santa Catarina totalmente público e foi inaugurado em 2 de Maio 1980. Atualmente estrutura-se em quatro grandes áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as unidades de neonatologia em 1995 (HU, 2012). A equipe do HU trabalha na filosofia do atendimento humanizado, contando com o apoio da Associação dos Amigos do HU e de entidades da sociedade civil, que entre outras atividades estão colaborando para a construção de uma nova e moderna ala pediátrica (HU, 2012).

A instituição possui quatro andares de construção. A distribuição das unidades ocorre de acordo com os atendimentos realizados, assim no primeiro andar está o ambulatório de consultas especializadas, o setor de cirurgia ambulatorial, laboratório de coleta, entre outros serviços de atendimento. O segundo andar do hospital compreende os serviços de atendimento à mulher e à criança com o centro obstétrico, alojamento conjunto, unidade de internação ginecológica, unidade de terapia intensiva neonatal e a unidade de internação pediátrica. No terceiro andar estão as 3 unidades de clínica médica, além do centro de esterilização. Por fim, no quarto andar estão alocadas as 2 unidades de clínica cirúrgica, o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva adulto, além da unidade de hemodiálise e o centro endoscópico.

Cada instituição trabalha focada em uma missão, ela mostra a razão de ser de uma instituição e visa comunicar interna e externamente o propósito de seu negócio. A missão do HU é: “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Como visão, o HU apresenta: “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar” (HU, 2012).

A instituição tem dois objetivos que guiam o atendimento, sendo eles: “Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam; e Prestar

assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária” (HU, 2012).

Com relação a sistematização do cuidado de enfermagem, o HU adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e é desenvolvida através do Histórico, prescrição e evolução de enfermagem (HU, 2012).

O estudo foi realizado pontualmente na UIC II do HU no período de Março a Junho de 2013. A Unidade está localizada no 4º andar do referido hospital e dispõe de 12 quartos de internação hospitalar, com capacidade para receber até 30 usuários. Os pacientes são admitidos na unidade para cuidados com pré e pós-operatório, bem como diagnósticos a esclarecer quando é necessária intervenção cirúrgica, sendo que a unidade atende, prioritariamente, quatro especialidades, sendo os quartos divididos da seguinte forma: 12 leitos reservados para a Cirurgia Vascular, 04 para a Cirurgia Plástica, 06 para Cirurgias Urológicas e 08 para Cirurgias Proctológicas. A UIC II possui equipe multidisciplinar que realiza o cuidado integral do paciente, com presença de profissionais de medicina, nutrição, psicologia, assistência social e fisioterapia, além da equipe de enfermagem que atua 24 horas.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos foram os usuários internados na Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica II, que atendam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

➤ Critérios de inclusão: a) Pessoas portadoras de doença vasculares debilitantes internados na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica II do HU; b) Ser morador da Grande Florianópolis; c) Com idade acima de 21 anos e; d) Pessoas que retornaram ao ambulatório do Serviço Vascular do HU; e) Pessoas que aceitaram que as pesquisadoras façam a contrarreferência para sua UBS; f) Estando dentro dos critérios de inclusão, aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

➤ Critérios de exclusão: a) Pessoas menores de 21 anos; b) Moradores de regiões fora da Grande Florianópolis; c) Pessoas que não eram portadoras de doenças vasculares debilitantes; d) Pessoas que não retornaram ao ambulatório do Serviço Vascular do HU; e) Pessoas que não aceitaram que as pesquisadoras façam a contrarreferência para sua unidade UBS; f) Pessoas que mesmo estando dentro dos critérios de inclusão, não aceitaram participar da pesquisa.

Para compreender melhor o perfil dos pacientes que transitam neste cotidiano de cuidado dos enfermeiros, trazemos uma explanação com os seguintes dados:

SUJEITO	IDADE	SEXO	COMORBIDADE	DIAGNÓSTICO ATUAL	INSTITUIÇÃO DE ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO	INTERVENÇÃO
Maremoto	72 anos	F	Hipertensão Arterial Sistêmica e Ex-tabagista.	Aneurisma de Aorta Abdominal.	UBS	Endoprótese com recuperação em UTI
Tsunami	49anos	F	Diabetes Mellitus e Amputação Prévia.	Úlcera Infectada por mal perfurante em pé esquerdo.	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Amputação de 2º, 3º e 4º pododáctilo esquerdo.
Tempestade	64 anos	F	Diabetes Mellitus e Amputação Prévia.	Gangrena Infectada de amputação prévia em Hálux direito.	Ambulatório HU	Amputação de 2º pododáctilo direito.
Furacão	55 anos	M	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Amputação Prévia e Ex-tabagista.	Gangrena Infectada de 2º pododáctilo esquerdo.	Ambulatório HU	Amputação de 2º pododáctilo esquerdo.
El Niño	52 anos	M	Diabetes Mellitus e Tabagista.	Gangrena Infectada por mal perfurante em pé direito.	UPA	Amputação de 2º, 3º, 4º e 5º pododáctilo direito.
Katrina	38 anos	M	Diabetes Mellitus e Usuário em abstinência de cocaína.	Gangrena Infectada em pé esquerdo.	Entre hospitais	Amputação de 2º e 3º pododáctilo esquerdo.
Ventania	62 anos	M	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Enfisema Pulmonar, Amputação Prévia e Ex-tabagista.	Gangrena Infectada por mal perfurante em pé direito.	Emergência HU	Amputação à nível de coxa direita.
Terremoto	40 anos	F	Ex-tabagista e Obesidade.	Oclusão Arterial Aguda em membro inferior direito e Trombo em Aorta Torácica Descendente.	Emergência HU	Embolectomia e faceotomia em membro inferior direito e tratamento ambulatorial para o trombo.

Entre os 8 sujeitos de nossa pesquisa, temos 4 homens e 4 mulheres, com idades entre 38 e 72 anos, onde a maioria são ex e/ou tabagistas e 6 são portadores de DM. Outro ponto de encontro nos casos descritos são as características e localização das lesões, onde em todos os sujeitos com DM, eram lesões infectadas nos membros inferiores, caracterizando o pé diabético. Além disso, 4 dos 6 sujeitos com DM, possuíam amputações prévias, onde devido a perfusão inadequada dos membros, a amputação torna-se um procedimento necessário.

4.4 COLETA DE DADOS

No decorrer do estágio, as pesquisadoras foram aproximando-se e avaliando os pacientes internados acometidos por doenças vasculares debilitantes e percebendo quais se enquadravam no grupo de inclusão para a pesquisa. Foi realizada uma triagem dos pacientes que poderiam participar do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSC. Com o consentimento dos sujeitos da pesquisa, que inicialmente pensou-se em 10 pacientes, foram inclusos no estudo e que respondiam aos critérios do perfil do estudo, bem como a possibilidade de realizar a contrarreferência e consequentemente a segunda entrevista de retorno no ambulatório da equipe de cirurgia vascular, totalizou um grupo de oito sujeitos.

A aproximação com os sujeitos se deu durante o período de internação, onde as pesquisadoras apresentaram aos mesmos o propósito do estudo e os sensibilizou sobre a importância da temática e da participação na referida pesquisa.

A coleta de dados efetivou-se no momento em que as pesquisadoras acompanharam os pacientes no processo de cuidar ao longo de sua internação hospitalar junto da equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde, buscaram informações importantes nos prontuários, acompanharam as visitas multidisciplinares, realizaram as entrevistas com os pacientes hospitalizados no primeiro momento e suas famílias.

Nesta etapa da primeira entrevista, as pesquisadoras orientaram aos sujeitos do estudo, que enquanto hospitalizados eram denominados de pacientes, para identificar que estavam dentro do nível terciário, se o mesmo estivesse de acordo, seria feito contato com a enfermeira da UBS do bairro em que ele reside, para que na AH, ele pudesse ser acompanhado em casa dando continuidade a sua recuperação, momento de educação onde era explicado que este contato com a UBS é a contrarreferência. O instrumento utilizado neste momento está apresentado no (APÊNDICE A) e foi aplicado durante o processo de hospitalização no período pós-operatório dos sujeitos da pesquisa.

No momento da AH, foi realizada, pelas pesquisadoras, a contrarreferência destes para a UBS de sua abrangência. Esta contrarreferência se deu por meio de ligações telefônicas, que foram realizadas da UIC II, onde repassamos para a equipe de enfermagem da UBS, informações sobre o período de internação e orientações de alta do paciente em questão, para sensibilizar a equipe da atenção primária quanto ao acompanhamento do paciente.

No HU, os pacientes com doença vascular têm uma avaliação pré-agendada que ocorre sete dias após a sua AH. Ela se dá de forma ambulatorial, para acompanhamento da equipe multidisciplinar e reavaliação das condições clínicas e psicológicas durante a semana em que permaneceu no domicílio.

Neste retorno, as pesquisadoras realizaram a segunda etapa da coleta de dados junto aos sujeitos. Foi então aplicada a segunda parte da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), contendo questões descritivas previamente estabelecidas, mas que poderiam ser ampliadas no decorrer da coleta e conforme necessidades que pudessem surgir, o que permite a pesquisa qualitativa. Com esta segunda etapa de coleta de dados, foi possível conhecer as repercussões que o processo de contrarreferência realizado pelas pesquisadoras, gerou e evidenciar os modos de intervenção realizados pela atenção primária a partir do olhar do paciente com doença vascular debilitante e sua família

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Concomitante com a coleta de dados, as pesquisadoras analisaram os resultados encontrados, descreveram as intervenções realizadas pela atenção primária através do relato dos sujeitos e, assim, avaliaram a eficácia da contrarreferência realizada anteriormente, e durante todo o período de coleta de dados e vivência no campo escolhido para este estudo, mantiveram a interação e o aprendizado de conviver em equipe, atuar junto com enfermeiras comprometidas com o cuidado humano.

As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin, descrita por Laurence Bardin (2011), descrevendo o rigor metodológico, a organização fundamental à compreensão do método. A mesma retrata aos pesquisadores a Análise de Conteúdo como um método que produz sentidos e significados nas diversas amostragens encontradas no mundo acadêmico. Este método de análise de dados permite seguir a saturação dos dados e gerar as categorias de análise conforme surge às ideias por proximidade das falas dos participantes. De acordo com Bardin (2011), este método desenvolve-se em três fases:

Pré-análise: fase da organização, com o intuito de sistematizar a condução das operações que surgirem das análises. São fontes de construção de conhecimento. Reconhecer e restringir a análise.

Exploração do material: é uma fase longa, momento de administrar as decisões tomadas na fase anterior, realiza-se a codificação envolvendo: recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação (escolha da categoria).

Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação – esta fase torna os dados válidos e significativos, através de procedimentos estatísticos que possibilitam estabelecer quadros, diagramas e figuras que sintetizem e coloquem em evidência as informações obtidas. À medida que as informações obtidas são confrontadas com as informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise do conteúdo um dos mais importantes instrumentos para análise de comunicação em massa.

Após as pesquisadoras seguirem estes passos respeitando o rigor da pesquisa científica, foram elaboradas quatro categorias que serão apresentadas nos resultados e discutidas a luz da base conceitual que sustenta este estudo como: Integralidade, Sistema de Referência e Contrarreferência, SUS, Quotidiano, Ser Saudável.

As categorias que emergiram foram: “O Quotidiano dos Enfermeiros no Cuidado de Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família Hospitalizados em uma UIC na perspectiva da contrarreferência”, “O Exercício de Contrarreferenciar os Pacientes Internados com Doença Vascular Debilitante, e sua Família, para a Atenção Primária”, “As Intervenções Realizadas pela Atenção Primária no Olhar dos Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família após a Contrarreferência do Nível Terciário”, e por fim “Potencias e Fragilidades do Quotidiano de Trabalho dos Enfermeiros para a Efetiva Implementação da Contrarreferência”.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em sua última revisão ocorrida em 2010. Para a seleção dos sujeitos, foi respeitada a liberdade de escolha, quanto à participação, desistência, ou qualquer outro desconforto que fosse manifestado durante a realização da pesquisa. O anonimato de todos os participantes foi garantido com a utilização de codinomes de fenômenos da natureza, sendo eles: Maremoto, Tsunami, Tempestade, Furacão, El Niño, Katrina, Ventania e Terremoto, para descrever as falas dos sujeitos.

A autorização da participação e utilização das falas dos sujeitos foi obtida através do TCLE (APÊNDICE C), uma vez que este compõe um dos aspectos éticos presentes nas

Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Esta autorização nos foi dada após um convite formal e apresentação prévia dos objetivos do projeto de pesquisa aos sujeitos que integraram a mesma.

A pesquisa também fora apreciada e aprovada pela direção geral do HU, local onde ocorreu a pesquisa, e também foi aprovado pelo CEP, sob o protocolo com o número de parecer 301. 496/2013. O parecer de aprovação do CEP está apresentado no (ANEXO A).

5. RESULTADOS

A discussão e apresentação dos resultados desta pesquisa seguirão o modelo da UFSC e apresentado em formato de artigo científico.

O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família.²

Jaciara Vilsélia Pacífico³

Micheli Leal Ferreira⁴

Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza⁵

Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia⁶

RESUMO: Pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória com o objetivo geral de conhecer o cotidiano dos enfermeiros da Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Florianópolis/SC, na perspectiva do processo de contrarreferência do paciente com doença vascular debilitante e sua família de uma Unidade de Internação Cirúrgica para a Atenção Primária. Respeitando critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 8 sujeitos, cada um respondeu à duas entrevistas, a primeira durante sua internação e a segunda em seu primeiro retorno ambulatorial pós alta hospitalar e efetivação do processo de contrarreferência. As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin e para mostrar os resultados foram geradas quatro categorias, sendo elas: O Quotidiano dos Enfermeiros no Cuidado de Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família Hospitalizados em uma Unidade de Internação Cirúrgica na perspectiva da contrarreferência; O Exercício de Contrarreferenciar os Pacientes Internados com Doença Vascular Debilitante, e sua Família, para a Atenção Primária; As Intervenções Realizadas pela Atenção Primária no Olhar dos Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família após a Contrarreferência do Nível Terciário; Potências e Fragilidades do Quotidiano de Trabalho dos Enfermeiros para a Efetiva Implementação da Contrarreferência. Em seguida, estas foram discutidas constatando-se que dos oito sujeitos da pesquisa, seis necessitaram de amputações e quatro destes já possuíam internações anteriores por complicações de suas patologias, em especial, feridas sem cicatrização adequada, e que as intervenções realizadas pela Atenção Primária não foram as esperadas, afirmando ainda que na grande maioria foram insuficientes mediante as necessidades de cada sujeito, entretanto se faz necessário reforçar que houve aproximação dos usuários do SUS com a Atenção Básica e seus profissionais, bem como uma maior conscientização quanto a necessidade de manter o tratamento e realizar de

2. Este Artigo é Fruto do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

3. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

4. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

5. Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

6. Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

forma efetiva a manutenção de sua saúde através de cuidados diários alimentando em cada usuário a vontade da busca pelo ser saudável, com isso concluímos que o exercício da contrarreferência trouxe inúmeros benefícios e que embora seja um estudo de pequeno porte evidenciou-se a importância de haver uma co-responsabilização entre o exercício de implementação da referência e contrarreferência dos profissionais e a utilização deste recurso pelos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade. Apesar de haver grandes limitações nos serviços de saúde é imprescindível “dar o primeiro passo”. É necessário conscientizar os profissionais, em realização de estudos na área para mostrar a realidade atual, devem ser criadas também articulações que transformem este processo em algo que realmente possa ser efetivado, uma vez que o sistema é composto por redes.

DESCRIPTOR: Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Integralidade.

INTRODUÇÃO: Dentre os princípios do SUS está a integralidade da assistência que é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.4). Para a efetivação da integralidade, é necessário que exista um serviço de rede em diferentes níveis de atenção, com a constituição e com integração de ações, para proporcionar a atenção integral ao usuário (BRASIL, 2009a), sendo o SUS composto por três níveis de complexidade de cuidado à saúde, baixa, média e alta complexidade. Para atingir a integralidade, é necessária uma comunicação entre os níveis de atenção à saúde. Para Rodrigues (2009) e Brasil (2003) este processo, conhecido por referência e contrarreferência é dinâmico e flexível, uma vez que busca direcionar o usuário aos diferentes níveis de atenção, objetivando a resolutividade de seus problemas de saúde, ou mesmo prevenção, promoção, e reabilitação da saúde. Com isso, como definição do processo de referência e contrarreferência temos que:

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço. Já a contrarreferência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde (SILVA; *et al*, 2010, p. 30).

Sobre o processo de referência e contrarreferência todos os autores são unânimes quanto à importância do mesmo para o usuário e para sistema, e isto se confirma com o relato de Silva (2009, p. 61), que “acredita-se que uma contrarreferência efetiva favorece a integralidade do cuidado”. Porém, na atual realidade percebe-se que este processo não ocorre, como previsto pelo Ministério da Saúde. Um processo de referência e contrarreferência funcionando e efetivo traria hoje inúmeros benefícios para a população e o atual sistema de saúde, visto que seria notável a diminuição no número de complicações e reinternações,

principalmente dos pacientes com doenças crônicas. As doenças crônicas podem debilitar a ponto de levar seus portadores à invalidez parcial ou total, causando grandes repercussões em sua vida e na de suas famílias, muitas vezes abalando sua qualidade de vida e aumentando os custos da assistência à sua saúde. Foram evidências como estas, que além da literatura também foram experienciadas em práticas de estágios durante a formação acadêmica durante o Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, que emergiu a ideia de realizar uma pesquisa que trouxesse alguma contribuição para a prática, mesmo que em um micro espaço institucional, mas que representasse uma semente que evoque em outros profissionais a consciência da importância de contrarreferenciar seu trabalho nas unidades hospitalares para as unidades de atenção básica. Este gesto, além de auxiliar os profissionais que estão na ponta, pode minimizar os gastos públicos com o nível terciário, e fará com que os gestores possam ampliar verbas para a saúde na atenção básica ampliando a cultura de promoção da saúde.

Para tanto, será apresentado neste artigo, uma pesquisa realizada cujo objetivo foi: Conhecer o cotidiano dos enfermeiros da UIC II do HU, na perspectiva do processo de contrarreferência do paciente com doença vascular debilitante e sua família de uma UIC para a Atenção Primária.

METODOLOGIA: Este estudo caracterizou-se como descritivo-exploratória de natureza qualitativa que segundo Matheus; Fustinoni (2006) é aquela onde o objetivo do pesquisador é saber o significado dado pelas pessoas à determinada situação. Desta forma, trabalhou-se com dados descritivos e com a realidade do sujeito e as análises a partir de Laurence Bardin (2011). Teve como base conceitual a integralidade e a visão do ser humano na busca do ser saudável do NUPEQUIS/SC. Os dados foram obtidos a partir de três etapas: primeira entrevista com os pacientes e suas famílias durante o período de hospitalização, contrarreferência com a unidade de atenção básica por contato telefônico e a terceira etapa que foi a segunda entrevista com os pacientes no retorno ambulatorial. Estas foram realizadas com oito pacientes internados da UIC II do HU/UFSC em Florianópolis no período de Março a Junho de 2013, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os principais critérios de inclusão foram: a) Pessoas portadoras de doença vasculares debilitantes internados na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica II do HU; b) Ser morador da Grande Florianópolis; c) Com idade acima de 21 anos e; d) Pessoas que retornaram ao ambulatório do Serviço Vascular do HU; e) Pessoas que aceitaram que as pesquisadoras

fizessem a contrarreferência para sua UBS; f) Estando dentro dos critérios de inclusão, aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

A aproximação com os sujeitos se deu durante o período de internação, onde as pesquisadoras apresentaram aos mesmos o propósito do estudo e os sensibilizaram sobre a importância da temática e da participação destes na referida pesquisa, obtendo assinatura do TCLE. Foram realizadas duas coletas de dados através de entrevistas semi-estruturadas, a primeira foi aplicada durante a internação e a segunda cerca de uma semana após AH e realização do processo de contrarreferência implementada pelas pesquisadoras através de contato telefônico, os dados obtidos neste processo foram imediatamente transcritos.

Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a seleção dos sujeitos, foi respeitada a liberdade de escolha, quanto à participação dos mesmos, assim como seu anonimato foi garantido com a utilização de codinomes de fenômenos da natureza, sendo eles: Maremoto, Tsunami, Tempestade, Furacão, El Niño, Katrina, Ventania e Terremoto, para descrever as falas dos sujeitos.

O projeto foi aprovado pelo CEP, sob **protocolo com o número de parecer 301.496/2013**. Os resultados encontrados foram trabalhados a luz das etapas de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011), os dados foram selecionados e confrontados entre si para identificar similaridades e diferenças o que gerou a categorização e consequentemente análise.

RESULTADOS: Os resultados serão apresentados a seguir, dentro de quatro categorias que surgiram de acordo com os objetivos da pesquisa e com as respostas que foram obtidas através dos questionários aplicados aos sujeitos. Assim, surgiram quatro categorias, sendo elas: O Quotidiano dos Enfermeiros no Cuidado de Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família Hospitalizados em uma UIC na Perspectiva da Contrarreferência; O Exercício de Contrarreferenciar os Pacientes Internados com Doença Vascular Debilitante, e sua Família, para a Atenção Primária; As Intervenções Realizadas pela Atenção Primária no Olhar dos Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família após a Contrarreferência do Nível Terciário e; Potências e Fragilidades do Quotidiano de Trabalho dos Enfermeiros para a Efetiva Implementação da Contrarreferência.

O Quotidiano dos Enfermeiros no Cuidado de Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família Hospitalizados em uma UIC na perspectiva da

contrarreferência.

No período de 2 meses de pesquisa na UIC II notou-se que o processo de contrarreferência apesar de ser preconizado pelo SUS e fazer parte do planejamento de saúde, não é realizado de forma efetiva na prática. Esta afirmativa já vem sendo discutida na literatura, como diz Juliani; Ciampone (1999, p. 323) que “a referência e contrarreferência ainda não passa de um horizonte e só funciona quando há empenho pessoal dos profissionais isoladamente.” Entende-se que há uma diversidade de problemas que contribuem para que esta realidade se mantenha, cerca de 10 anos, de tentativas sem sucesso de implementação efetiva da referência e contrarreferência. Um dos principais fatores é o dimensionamento de pessoal, não há trabalhadores suficientes nas duas pontas de atuação para que a comunicação se efetue. O que ocorre é um “apagar de fogos” diário de situações emergenciais, que rouba o tempo dos poucos profissionais que estão no campo gerindo o cuidado existente e as demandas espontâneas. Este “fast-life” acaba limitando o enfermeiro no exercício pleno de sua função, tendo muitas vezes que optar por quais ações serão realizadas devido à grande demanda de atividades, sendo assim, a realização deste processo de contrarreferência acaba ficando esquecido. Ao mesmo tempo, percebe-se e é ressaltada a importância da realização da contrarreferência dos pacientes internados, em especial os sujeitos desta pesquisa, os pacientes com doença vascular debilitante, pois estes em sua maioria necessitam de um acompanhamento permanente para sua total recuperação e adaptação, visto que, este não tem seu “problema” totalmente resolvido em AH. Com a contrarreferência, este paciente teria maior possibilidade de ser acompanhado pela equipe de saúde da UBS mais próxima de seu domicílio, tendo assim um atendimento integral o que lhe proporcionaria inúmeros benefícios. Braga (2010, p. 35) afirma que:

Os profissionais deveriam com o apoio de uma equipe “especializada” e tornar rotina estes encaminhamentos para os serviços básicos em saúde (...), isto concretiza o processo de referência e contrarreferência do sistema de saúde e contribui para o andamento e o funcionamento adequado dos serviços de saúde.

A realização deste processo de troca de informações é algo a ser repensado e quem sabe ser adotado como procedimento padrão a ser realizado no momento da AH de todos os pacientes, e assim transfigurando o cotidiano dos enfermeiros desde sua concepção sobre o processo de contrarreferenciar os pacientes no processo de alta e a própria cobrança da referência quando os mesmos chegam ao hospital.

Ressalta-se aqui as reinternações recorrentes da defasagem do processo de contrarreferência, o que ficou expressivo no caso dos sujeitos da pesquisa. Neste curto espaço

de tempo da coleta de dados ocorreram duas reinternações de pacientes com doença vascular debilitante. Em ambos os casos, os pacientes fizeram uma amputação prévia, obtiveram AH após alguns dias e, no momento de seu retorno ambulatorial no mesmo hospital, sete dias após sua AH, precisaram ser reinternados para uma nova amputação. "Tempestade" teve amputação prévia de hálux direito e necessitou de reinternação para desbridamento de lesão e nova amputação de 2º pododáquiltulo direito. Já "Furacão" tinha amputação prévia de 3º e 4º pododáquiltulos esquerdos e no retorno, precisou reinternar para amputação de 2º pododáquiltulo esquerdo. Quando questionados sobre os cuidados que tinham após o retorno ao domicílio, após a primeira AH, os dois usuários relataram que iam à UBS todos os dias para realizar o curativo das lesões.

Apesar de neste período ter-se verificado que apenas dois usuários foram reinternados, vale ressaltar que dos oito sujeitos da pesquisa, seis necessitaram de amputações e quatro destes já possuíam internações anteriores por complicações do DM, em especial, feridas sem cicatrização adequada. Com esta pequena amostra podemos inferir e garantir que, a relevância desta pesquisa, com os sujeitos portadores de doença vascular debilitante, visto as incapacidades que a mesma pode gerar aos usuários, como as recorrentes reinternações, suas proporções em termos de cuidado, tempo de hospitalização, demanda de trabalho no cotidiano dos enfermeiros, para a família, as mudanças na dinâmica das famílias, enfim, é um dos elementos de SUS que precisa de um olhar ampliado e maior comunicação e estudo para efetivas mudanças no cenário de cuidado em todos os níveis de complexidade.

O Exercício de Contrarreferenciar os Pacientes Internados com Doença Vascular Debilitante, e sua Família, para a Atenção Primária.

Para efetivar o processo de contrarreferência entre o Nível Terciário e o Primário do paciente no momento de sua AH foi necessário, primeiramente conhecer a comunidade de seu domicílio, bem como a UBS e equipe de ESF que o atende. Em seguida, foi necessário optar pelo melhor meio de comunicação para esta troca de informações. Tratando-se dos sujeitos desta pesquisa, a contrarreferência foi realizada mediante contato telefônico com a UBS de sua abrangência e solicitado interação com o respectivo enfermeiro de saúde da família da área correspondente. Das ligações realizadas, conseguiu-se falar diretamente com a enfermeira da área de "Maremoto", "Tsunami", "El Nino" e "Ventania", onde foram repassadas todas as informações sobre o período de internação do usuário e, em todos os casos, os profissionais foram muito receptivos e afirmaram que iriam manter contato com o usuário para agendar atendimentos ao mesmo. No caso de "Tempestade" e "Furacão", não foi

possível falar diretamente com a enfermeira responsável pela área, pois uma estava em reunião no momento e a outra estava de licença saúde, respectivamente, assim foram repassadas as informações para outra enfermeira da UBS que ficou responsável por passar as informações, posteriormente, para os profissionais responsáveis. A contrarreferência de "Katrina" foi realizada para a coordenadora da UBS, que também é enfermeira, pois a responsável pela área estava em reunião, esta afirmou que passaria todas as informações para a enfermeira assim que possível. Já no processo de "Terremoto" não foi possível realizar a contrarreferência. Por 3 dias nos mais diversos horários foi realizado contato com a UBS em questão e apenas a recepcionista atendia o telefone, foi solicitado conversa com a enfermeira ou até mesmo outro profissional, bem como outro número ou forma de contato, todas as tentativas foram sem sucesso.

Após realização da contrarreferência dos pacientes com doença vascular debilitante, e sua família no momento da AH para a Atenção Primária, concluímos o cumprimento de um dos objetivos da pesquisa, ressaltando que em apenas um caso não foi possível fazer a interface da atenção terciária para a primária, nos demais o processo de contrarreferência foi concretizado com um profissional da UBS de referência do usuário. Nestes contatos as pesquisadoras receberam diversas parabenizações, os funcionários das UBS's em sua maioria mostraram surpresa em receberem tal contato bem como se mostraram satisfeitos e felizes com tal iniciativa afirmando que é bastante difícil saber quando e porque um de seus usuários foi internado, um vez que este nem sempre procura a UBS logo após a AH. Esta constatação dos profissionais, sobre a articulação dos serviços de saúde, vai ao encontro com o que traz Silva (2009), sobre a importância de um sistema de referência e contrarreferência efetivo, pois a não realização deste dificulta o processo de articulação entre a equipe hospitalar e a de Estratégia Saúde da Família (ESF), além de comprometer a integralidade do cuidado.

Algo que também chamou atenção foi no caso de "El Nino", onde a enfermeira de sua área relatou que não sabia que este usuário era portador de DM e, assim, o mesmo não recebia o devido acompanhamento e que devido ao contato das pesquisadoras, a partir daquele momento, a equipe iria acompanhar mais de perto o usuário para evitar novas reinternações. O mesmo aconteceu com "Katrina", pelo fato de o paciente não procurar atendimento na UBS, os profissionais não sabiam de seu diagnóstico, portanto não realizavam atendimentos ao mesmo, afinal um dos principais pontos do processo de referência e contrarreferência é a continuidade da assistência ao usuário nos diversos níveis de atenção à saúde para que se alcance o princípio da integralidade e, com as percepções dos profissionais da atenção primária relatados, acredita-se que esses pacientes terão este acompanhamento no

seu retorno ao domicílio, reafirmando o que diz Rodrigues (2009, p. 85), que “o sistema de referência e contrarreferência se torna fundamental e indispensável para a operacionalização efetiva na rede de atenção à saúde”, pois acredita que um sistema organizado em redes e contando com o auxílio de mecanismos que possibilitem a articulação entre os distintos serviços, além dos benefícios na qualidade da atenção prestada aos usuários facilitaria ainda o acesso destes em todos os níveis de complexidade e constituiria assim um ponto importante do fortalecimento do SUS.

As Intervenções Realizadas pela Atenção Primária no Olhar dos Pacientes com Doença Vascular Debilitante e sua Família após a Contrarreferência do Nível Terciário.

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde fazendo uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, afim de, solucionar os problemas de saúde mais marcantes em cada território, no que diz respeito a alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

Para que fosse possível identificar quais as intervenções realizadas pela Atenção Primária após a efetivação do processo contrarreferência realizada pelas pesquisadoras, estas aplicaram uma entrevista semiestruturada no primeiro retorno ambulatorial pós alta com os sujeitos da pesquisa, que trouxeram as seguintes realidades: “Terremoto” recebeu visita semanal da equipe de ESF, incluindo enfermeira, médico e Agente Comunitário de Saúde (ACS), entretanto o paciente relata que não trocaram seu curativo nenhuma vez, apenas lhe orientavam e forneciam material para as trocas; “Ventania” recebia visitas semanais da ACS, visitas estas que não foram fruto da contrarreferência, pois já eram rotina devido ao benefício da bolsa família, a usuária lhe contou sobre a internação e solicitou que esta lhe trouxesse os materiais para o curativo, esta solicitação foi atendida e nada mais além disso; “Maremoto” recebeu VD realizada pela médica da família de sua área juntamente com a ACS, 15 dias após seu retorno ao domicílio. Segundo Maremoto, este procedimento a aproximou do UBS, bem como trouxe mais segurança e confiança na continuidade de sua assistência. Afirma ainda que houve agendamento de uma segunda visita domiciliar (VD) para o período de 15 dias; “Tempestade” conta que foram agendadas duas VD, na semana seguinte de sua AH, porém nos dias agendados, ocorreram imprevistos no UBS e as mesmas tiveram de ser desmarcadas. Relata ainda que agendaram uma próxima data para 15 dias; “Tsunami”, “Furacão” e

“Katrina” não receberam nenhum atendimento domiciliar ou contato proveniente da UBS para realização do acompanhamento pós AH; “El Niño” recebeu um telefonema da enfermeira responsável por sua área para agendar uma consulta de enfermagem porém o usuário foi morar com parentes em outro bairro e portanto, a enfermeira solicitou que assim que o mesmo voltar ao seu domicílio, entre em contato com a unidade para realizar o agendamento de uma consulta.

Os sujeitos, quando questionados como se sentiam neste momento, afirmaram em sua maioria que adoraram o atendimento domiciliar e que esta ação lhes aproximou da UBS, bem como dos profissionais que lá atuam. Seguindo com questionamentos sobre o cuidado de si após a cirurgia em seu domicílio, quase que a totalidade dos sujeitos afirmou que já estavam se cuidando mais, desde repouso à alimentação.

Com este levantamento concluíram que as intervenções realizadas pela Atenção Primária não foram as esperadas, afirmando ainda que na grande maioria foram insuficientes mediante as necessidades de cada sujeito, entretanto se faz necessário reforçar que houve aproximação dos usuários do SUS com a Atenção Básica e seus profissionais, bem como uma maior conscientização quanto a necessidade de manter o tratamento e realizar de forma efetiva a manutenção de sua saúde através de cuidados diários alimentando em cada usuário a vontade da busca pelo ser saudável.

É preciso enfatizar que o exercício da contrarreferência trouxe inúmeros benefícios mostrados através de falas dos sujeitos pesquisados e que embora seja um estudo de pequeno porte evidenciou-se a importância de haver uma co-responsabilização entre o exercício de implementação da referência e contrarreferência dos profissionais e a utilização deste recurso pelos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade. Apesar de haver grandes limitações nos serviços de saúde é imprescindível “dar o primeiro passo”.

Potências e Fragilidades do Quotidiano de Trabalho dos Enfermeiros para a Efetiva Implementação da Contrarreferência

Para que seja possível efetivar o processo de referência e contrarreferência, conforme os princípios do SUS é necessária uma reforma íntima, ou seja, primeiramente no olhar dos profissionais, de empoderamento das leis, da importância deste processo para a saúde coletiva, incluindo o nível terciário na rede de atenção à saúde. Uma vez os pacientes sendo bem acompanhados e cuidados na atenção básica, as reinternações diminuem, há uma redução de gastos públicos com o tempo de internações e ocupações de leitos, além de pessoas mais saudáveis.

Os riscos de aumentar as amputações, de limitações das pessoas, e aposentadorias, resultando em novas doenças da ordem psicossocial minimizariam com o exercício da contrarreferência.

Foi possível vislumbrar como potencias na Unidade de Clínica Cirúrgica II do HU, uma equipe capacitada, com vontade de realizar o processo de contrarreferência, porém que esbarra com muitos problemas administrativos e gerenciais. A equipe de enfermeiros da referida unidade mostrou-se muito interessada com a temática abordada e satisfeita com as práticas realizadas no contexto da contrarreferência, ressaltando sempre a opinião de que este processo de comunicação entre os níveis de atenção a saúde traria inúmeros benefícios. Essa visão dos enfermeiros pode ser confirmada também por Gutierrez; Barbieri (1998, p. 93) quando falam que “essa comunicação é fundamental para a otimização dos atendimentos”.

Apesar da consciência e conhecimento dos profissionais quanto à temática, percebeu-se que muitos são os entraves enfrentados para realização do processo de referência e contrarreferência na atual realidade do sistema de saúde. As fragilidades ocorrem tanto na atenção primária, como na terciária, de igual maneira, pois não adianta termos um processo de contrarreferência efetivo na rede hospitalar, se os profissionais da atenção primária não estiverem preparados para receber as informações do nível terciário e, assim, o princípio da integralidade fica esquecido. Destaca-se que é preciso um novo olhar dos profissionais envolvidos na prática, tanto da atenção primária como da terciária, sobre o processo de referência e contrarreferência, pensando na integralidade do cuidado para mudar a atual situação, onde praticamente não existe esta troca de informações entre os níveis de atenção, como é proposto, tornando o cuidado fragmentado e, assim “observa-se a existência de uma lacuna na articulação do sistema” (SILVA, 2009, p. 58).

Assim, vários autores concordam que a principal dificuldade na realização do processo de articulação entre os níveis de atenção é a falta de comunicação entre os profissionais envolvidos, e para que se tenha este processo funcionando, é preciso antes de qualquer coisa conscientizar e alertar os profissionais para mudar esta realidade.

Fratini; Saupe; Massaroli (2008) corroboram que existe uma ligação bastante significativa entre os sentidos e possibilidades da integralidade e a concretização do processo de referência e contrarreferência, entretanto, estes não recebem a mesma atenção dos pensadores e pesquisadores brasileiros da área da saúde, e baseada nesta forte ligação, defende ainda que para a concretização do conceito da integralidade é imprescindível a procura por estratégias e instrumentos que auxiliem neste processo de referência e contrarreferência.

Muito se fala em conscientizar os profissionais, em realização de estudos na área para mostrar a realidade atual, porém não só isso é necessário para a efetivação do processo de referência e contrarreferência para articular o sistema de saúde. É necessário também, criar formas de articulação que transforme este processo em algo que realmente possa ser efetivado, uma vez que o sistema é composto por redes.

De acordo com esta perspectiva, Silva (2009) e Juliani; Ciampone (1999) apontam como facilitador para o processo de referência e contrarreferência a implantação de um prontuário eletrônico único, onde todos os níveis de atenção teriam acesso, visto que ele facilitaria a troca de informações entre as unidades e os profissionais que ali trabalham, e auxiliariam no entendimento de todo o processo saúde-doença do usuário, além de contribuir para efetivação da integralidade.

Sabe-se que os enfermeiros do campo onde os dados desta pesquisa foram coletados demonstraram angústia por não poder dar conta das demandas diárias e não efetivar esta premissa básica do SUS. Neste cotidiano hospitalar, de uma instituição que possui suas bases fundamentadas na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão, deixaram fluir o espaço adequado para que os enfermeiros mostrassem interesse, vontade de aprender mais, e permitissem o exercício da contrarreferência dos pacientes da pesquisa, acompanhando cada passo.

Por fim, no que se refere ao sentido teórico deste processo, todos os autores relatam a escassez de trabalhos nesta área e a necessidade que se tem de pesquisas sobre o processo de referência e contrarreferência pela sua importância. Isto é visto, em especial, na fala de Fratini; Saupe; Massaroli (2008, p. 66) que os conceitos deste processo “ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não.” E isso, foi possível perceber ao longo do processo de desenvolvimento deste trabalho, assim, deixa-se como sugestão sobre a temática, a necessidade em conscientizar os profissionais atuantes em ambos níveis de saúde e a criação de um instrumento para guiar os profissionais no momento de encaminhar o usuário dentro do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A dimensão dialógica e interativa do processo de referência e contrarreferência no cotidiano dos enfermeiros em todos os níveis de atenção a saúde da população se sustenta quando há iniciativas, mesmo que em micro espaços de cuidado. Com a realização de intervenções, ou exercícios, como foi o caso deste estudo, no nível terciário, desperta o compromisso profissional em exercer melhorias no sistema de saúde vigente,

partindo das premissas básicas que operacionaliza o SUS. Mesmo com diversas fragilidades, há muitas potências que foram evidenciadas e que precisam ser reforçadas para os profissionais, de que o processo de referência e contrarreferência é possível, desde que organizado, planejado e adequado a cada estilo de serviço.

Como os próprios usuários trouxeram em suas experiências e vivências entre suas caminhadas em busca do ser saudável ou tornar-se um ser com melhor qualidade de vida, entre as unidades de atenção básica e as várias reinternações por doenças vasculares debilitantes, neste pequeno espaço de tempo foi possível verificar que com a contrarreferência realizada pelo hospital se conseguiu transfigurar o nunca feito para melhorias. As famílias passaram a buscar mais os serviços ofertados pelas UBS, foram agendadas visitas domiciliares, e nasceu uma interação ou aproximação entre alguns dos pacientes com as suas comunidades.

Os profissionais necessitam de maior apoio institucional no que se refere ao dimensionamento de pessoal, uma vez que, com o contingente adequado da equipe de enfermagem, o enfermeiro deixa de ser um profissional angustiado e preocupado que necessita elencar as prioridades que ele atenderá diante das demandas que surgem em grande escala. Ficando para trás ações de tamanha importância, como contrarreferenciar um paciente que sofreu uma amputação, que necessitará de acompanhamento para reabilitação, e manter cuidados elaborados para a manutenção da qualidade de vida, e a sua saúde mental.

Com estas diretrizes, seguindo os princípios da integralidade da assistência, primando por um sistema de saúde que realmente possa trazer para os usuários e para os profissionais a co-responsabilização pela saúde, por um sistema que não apenas busque resolutividade de demandas por casos isolados, mas cabe refletir nas tecnologias integrativas para um sistema de saúde que colabore com o viver humano. Com o social, a escuta sensível, com as reais necessidades de cada estilo cultural desta diversidade que é o nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRAGA, Paula dos Santos. **Referência e Contra Referência no Cuidado a Criança em Emergência Pediátrica**. 2010. 43 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** Manual básico. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. 3ª ed. revisada e ampliada. 66 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

_____. **HumanizaSUS:** Cartilhas da política nacional de humanização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 40 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 p. Brasília: 1990.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e Contra Referência:** Contribuição para a integralidade em saúde. Cienc. Cuid. Saúde, Jan/Mar; v.7, n.1, p.65-72, 2008.

GUTIERREZ, Manoel Romeu; BARBIERI, Marco Antônio. **Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial** - os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Medicina, Ribeirão Preto, v. 31, p. 81-98, jan./mar. 1998.

JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Organização do Sistema de Referência e Contra-Referência no Contexto do Sistema Único de Saúde:** A percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa Em Enfermagem.** 1ª edição. 164 p. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. **Avaliação da Implantação da Referência e Contra-Referência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG.** 2009. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009.

SILVA, Alexsandra Costa da; *et al.* **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição.** Biblioteca Virtual da Saúde. 45 p, 2010. Monografia (Especialização em Gestão

de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da. **O Trabalho de Enfermagem na Articulação Entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica no Pós Alta da Criança: Subsídios para a integralidade.** 2009. 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho, faz-se algumas considerações importantes sobre o processo de elaboração e execução do mesmo. Durante os dois meses de estágio prático e coleta de dados para a pesquisa na UIC II, as pesquisadoras foram colocadas frente a diversas situações do cotidiano do enfermeiro daquele local. Viram-se frente a situações práticas do ser enfermeiro, tendo que aprender a exercer tais tarefas primando pela qualidade e pela ética do cuidado integral do paciente hospitalizado e sua família. Grandes desafios foram vencidos, e praticados muitas vezes, como por exemplo, a tomada de decisão. Isso fez com que pudessem se sentir, a cada novo dia de prática e coleta de dados, mais apropriadas do ser e dos fazer enfermagem, das responsabilidades, das exigências que esta profissão traz e que poucos reconhecem, não oferecendo a visibilidade social que merece. Havia a crescente percepção de que realmente estavam evoluindo.

Ao tempo em que realizavam o cuidado ao paciente, também estavam desenvolvendo a pesquisa, da qual resultou este trabalho. A realização do estágio no campo em que fora realizado a pesquisa foi avaliada de forma bastante positiva pelas pesquisadoras, uma vez que estas já possuíam um contato prévio com o paciente para poder abordá-lo sobre sua possível participação. Além disso, o fato de estarem inseridas no ambiente de hospitalização de diversos pacientes, com doenças vasculares, trouxe um conhecimento ímpar sobre as patologias e tratamentos realizados a esses pacientes, proporcionando assim, o aprendizado de novos casos clínicos, a interação multiprofissional, e a certeza da ampla necessidade de contrarreferenciar os pacientes e suas famílias corroborando efetivamente, com dados científicos, pesquisados, de sua importância e relevância.

Realizar o processo de contrarreferência dos pacientes da pesquisa foi, sem dúvidas, um exercício que trouxe muitas descobertas. Enfrentou-se a primeira dificuldade ao tentar contato com a UBS. Veio a primeira grande questão: "Com quem falar?". Passado esse questionamento, começou a se pensar em quais informações eram as prioritárias para a atenção primária para que houvesse continuidade ao cuidado do paciente.

Sem ter um protocolo a ser seguido para a realização do processo de contrarreferência, depararam-se com muitos questionamentos, dos quais, foi preciso que as próprias pesquisadoras, através de tudo que haviam lido sobre a temática, decidissem qual seria o caminho a ser percorrido. Ao tempo em que foram muitas as dificuldades, as potencialidades foram surgindo no decorrer do exercício de contrarreferenciar, sejam estas o incentivo das enfermeiras da UIC II refletindo juntamente com as pesquisadoras sobre a

importância deste processo para o paciente; as palavras dos pacientes quando era explicado como se daria a pesquisa e mostravam sua satisfação com relação a preocupação em torno de sua recuperação; ou ainda, na resposta que tinha-se dos enfermeiros da atenção primária, que parabenizavam pela iniciativa e ressaltavam que sentiam falta deste processo, para um melhor cuidado de seu usuário.

Apesar das dificuldades encontradas sem ter um roteiro a seguir sobre as informações a serem repassadas, conseguiu-se realizar o processo de contrarreferência dos usuários da pesquisa, neste momento as pesquisadoras pensaram que poderia criar-se um instrumento onde, após a realização da comunicação entre o nível terciário e primário, pudessem confirmar este contato através de um documento, que seria entregue ao paciente para que este o encaminhasse até a UBS. Esta foi também sugestão de uma das enfermeiras da atenção primária na qual a contrarreferência foi realizada, pois a criação deste instrumento reforçaria a realização do processo de contrarreferência. Logo, foi desenhado uma primeira sugestão de instrumento apresentado no apêndice D. Este foi criado e denominado como registro de contrarreferência realizada. Sabe-se que o sistema não dá suporte para os profissionais realizarem este processo de contrarreferência de maneira adequada, porém também é entendido que para a realização deste processo é preciso dar um primeiro passo para tentar alcançar a integralidade do cuidado, e este primeiro passo deve partir dos profissionais que estão na ponta e que, de uma forma ou de outra, precisam criar estratégias para a realização desta atividade, de tamanha importância em seu microespaço de trabalho, pois se sabe que são através de pequenas ações que o idealizado transfigura-se em algo possível de ser realizado na prática.

Enfim, esta inserção no cotidiano dos enfermeiros de uma UIC, o exercício de contrarreferenciar os pacientes para a atenção básica, a avaliação de que há muitas reinternações por causa da falta deste processo, e da co-responsabilidade do próprio paciente no seu autocuidado, e a confirmação de que existe a possibilidade de ampliação e efetivação desta premissa do SUS trouxe a esperança que tudo é possível quando há interesses em comum. Fica a solidariedade de que os enfermeiros do nível terciário e do primário precisam do primeiro estímulo, ou seja, melhorias nos recursos humanos, mais pesquisas nesta área que os envolva e motive a implantação do processo de referência e contrarreferência, com o apoio efetivo dos órgãos competentes.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRAGA, Paula dos Santos. **Referência e Contra Referência no Cuidado a Criança em Emergência Pediátrica**. 2010. 43 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: Manual básico. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. 3ª ed. revisada e ampliada. 66 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

_____. **HumanizaSUS**: Cartilhas da política nacional de humanização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 40 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 p. Brasília: 1990.

_____. **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. 480 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e Contra Referência**: Contribuição para a integralidade em saúde. Cienc. Cuid. Saúde, Jan/Mar; v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FUKUJIMA, Marcia Maiumi; GABBAI, Alberto Alain. **Condutas na Estenose da Carótida**. Rev. Neurociências, v.7, n.1, p.39-44, 1999.

GUTIERREZ, Manoel Romeu; BARBIERI, Marco Antônio. **Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial** - os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Medicina, Ribeirão Preto, v. 31, p. 81-98, jan./mar. 1998.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU). Ministério da Educação. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ UFSC. **Institucional**. Disponível no site: <http://www.hu.ufsc.br/novo_site/>. Acesso em 15 dez. 2012.

JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Organização do Sistema de Referência e Contra-Referência no Contexto do Sistema Único de Saúde: A percepção de enfermeiros**. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa Qualitativa Em Enfermagem**. 1ª edição. 164 p. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MAFFESOLI, Michel. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho**. 462 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 1999.

NUNES, João Luiz Barbosa; et al. **Doença arterial oclusiva periférica de membros inferiores em hospitais públicos de Salvador: Perfil dos pacientes e do atendimento**. *J Vasc Br*, v. 1, n. 3, p. 201-206. Bahia: Editora Copyright, 2002.

PORTO, Celmo Celeno. Coeditor: Arnaldo Lemos Porto. **Vademecum de Clínica Médica**. 3ª edição. 1107 p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **A Prática da Integralidade Em Modelos Assistenciais Distintos: Estudo de caso a partir da saúde da criança**. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.16, n. 3, p. 399-407. Florianópolis: Jul-Set 2007.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. **Avaliação da Implantação da Referência e Contra-Referência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG**. 2009. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009.

SILVA, Alessandra Costa da; *et al.* **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição.** Biblioteca Virtual da Saúde. 45 p, 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da. **O Trabalho de Enfermagem na Articulação Entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica no Pós Alta da Criança: Subsídios para a integralidade.** 2009. 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11^a ed. 2308 p. 4v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA REALIZADO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Nome:

Idade:

Sexo:

Local de Residência:

Centro de Saúde:

- 1- Como você soube de seu diagnóstico?
- 2- Quem o (a) encaminhou para o HU?
- 3- Você costuma procurar a unidade de saúde da sua comunidade?
- 4- Quem é sua referência na unidade de saúde, caso você procure este serviço?
- 5- E sua família buscou auxílio na unidade básica antes de você ser hospitalizado (a)?

Florianópolis, _____ de _____ de 2013

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA REALIZADO NO RETORNO DO
USUÁRIO APÓS CONTRARREFERÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nome:

Idade:

Sexo:

Local de Residência:

Centro de Saúde:

- 1- Como foi seu retorno para o domicílio?
- 2- Você recebeu visita de algum profissional de saúde da unidade básica em sua casa?
- 3- Houve algum atendimento, procedimento? Diga-nos como foi?
- 4- Como você se sente neste momento?
- 5- Como você pretende cuidar-se após sua cirurgia?

Florianópolis, _____ de _____ de 2013

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: nfr@ccs.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento concordo em participar de uma pesquisa **“O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: Potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família”** que é o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, das acadêmicas Jaciara Vilsélia Pacífico e Micheli Leal Ferreira (pesquisadoras principais) e orientada pela Profa. Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza (pesquisadora responsável).

Estou ciente que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo *Conhecer o cotidiano dos enfermeiros da Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Florianópolis/SC, na perspectiva do processo de contrarreferência do paciente com doença vascular debilitante e sua família de uma UIC para a Atenção Primária.*

Sei que este estudo trata-se de saber se quando saímos do hospital a unidade de saúde do meu bairro continua nos cuidando, pois isso é importante para nossa recuperação e para evitar que nosso problema de saúde fique pior ou sem acompanhamento em nossa casa. Sei

que este estudo não me traz desconfortos físicos, ou psicológicos, mas se acontecer poderei falar para as pesquisadoras, que entrarão em contato com a psicóloga do hospital.

Estou orientado que as pesquisadoras farão perguntas sobre minha vida, e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa e meu nome jamais será revelado, mesmo que elas apresentem este trabalho em congressos, ou publiquem em revistas da saúde. Compreendo que minha participação será combinada com as pesquisadoras, sem trazer qualquer prejuízo para a minha pessoa. Não sofrerei nenhuma pressão, que posso desistir de continuar a responder as perguntas delas, ou não querer que elas telefonem para a enfermeira do meu bairro. Para isso, basta que eu fale para qualquer uma das pesquisadoras. Concordo que os resultados dessa pesquisa sejam divulgados desde que eu não possa ser identificado. Se eu quiser uma cópia deste estudo eu posso pedir para as pesquisadoras.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, dúvidas, angústias, poderão ser obtidas através dos telefones (48) 9103-0902 (Acadêmica Jaciara Vilsélia Pacífico); (48) 8421-4781 (Acadêmica Micheli Leal Ferreira) e (48) 9113-3301 (Profa. Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza) ou ainda no Departamento de Enfermagem, CCS, Sala 09, com a pesquisadora responsável.

Pesquisadora Responsável:

Professora Dr^a. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza- RG: 2.676.763

Florianópolis, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Documento de Identidade

Assinatura da Pesquisadora Principal

APÊNDICE D – REGISTRO DA CONTRARREFERÊNCIA REALIZADA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: nfr@ccs.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

REGISTRO DA CONTRARREFERÊNCIA REALIZADA

Vimos por meio deste registrar que o usuário _____
_____, internado na Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário –
UFSC no de período de __/__/__ à __/__/__ foi contrarreferenciado à Unidade Básica de Saúde
da _____ via
_____ a/ao enfermeiro(da/de
estratégia de saúde da família _____ em
__/__/__ com a finalidade da continuidade do processo de recuperação e manutenção da saúde.

Enfermeira

Florianópolis, _____ de _____ de 2013.

Obs: Este documento é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado **“O QUOTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: Potências e fragilidades no exercício da contrarreferência de pacientes com doença vascular debilitante e sua família”** referente ao trabalho de conclusão de curso das acadêmicas Jaciara Vilsélia Pacífico e Micheli Leal Ferreira, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina sob orientação da Professora Doutora Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza e co-orientação da Professora Doutora Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia. O mesmo foi apreciado pelas enfermeiras supervisoras da UIC II que aprovaram como uma possibilidade de facilitar a comunicação entre os serviços após o contato telefônico, e garantir ao paciente que seja dada continuidade ao seu cuidado na esfera da atenção primária.

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE COM DOENÇA VASCULAR DEBILITANTE, E SUA FAMÍLIA, NO QUOTIDIANO HOSPITALAR

Pesquisador: Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12736113.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 301.496

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE 12736113.2.0000.0121) intitula-se: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE COM DOENÇA VASCULAR DEBILITANTE, E SUA FAMÍLIA, NO QUOTIDIANO HOSPITALAR, subsidia um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem (CCS) da UFSC e é orientado pela Profa. Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a Chefia do Depto. de Enfermagem, como responsáveis pelo projeto na Instituição.

A pesquisa tem caráter qualitativo e descritivo-exploratório. Será realizada por meio de observação e a partir de entrevistas com pacientes com doença vascular debilitante internados na UIC II do Hospital Universitário (Professor Polydoro Ernani de São Thiago; HU,UFSC) e no sétimo dia após a alta hospitalar.

A amostra consistirá de um total de 10 participantes que aceitarem participar da pesquisa, sendo, estes, moradores da grande Florianópolis com idade acima de 21 anos e suas famílias. A coleta das informações ocorrerá (I) inicialmente durante o processo de hospitalização, (II) no período

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 501.498

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer (voto Favorável à Aprovação do Projeto) foi colocado em discussão e Aprovado no Colegiado em 10/06/2013.

FLORIANOPOLIS, 11 de Junho de 2013

Assinador por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

PARECER FINAL DO ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 86040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O estudo desenvolvido trata-se de uma pesquisa de campo que buscou ampliar o olhar para uma realidade que se mostra incipiente no processo de promoção e prevenção da saúde, na esfera da referência e contrarreferência.

Partiu da contrarreferência do nível terciário de atenção à saúde de pacientes com doença vascular debilitante e suas famílias, que cada vez mais sofrem com amputações, em uma clínica cirúrgica, e trouxe como principais resultados, a fidedignidade da realidade que fora reforçada pelos profissionais, de que é necessário “dar o primeiro passo” na efetivação do que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, quando propõe a comunicação entre os níveis de complexidade em relação à saúde dos usuários, por meio do processo de referência e contrarreferência. As acadêmicas conseguiram exercer na prática cotidiana dos enfermeiros a contrarreferência de sua amostra de sujeitos da pesquisa, obtendo como retorno, consultas marcadas na unidade básica de saúde (UBS), a aproximação dos usuários e a equipe de saúde das UBS, e o despertar de que é possível e necessário o fortalecimento da rede de apoio à saúde para a sensibilização dos profissionais e dos usuários em uma co-responsabilização para a promoção do ser saudável. Foram respeitadas com o rigor científico que exige uma pesquisa, seguiram as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo contribuiu para a prática, o que por si só atinge o principal objetivo de ter sido realizado, uma vez que as pesquisas em saúde, na atualidade, e principalmente nesta temática, que possui poucas publicações, precisam ancorar-se em responder problemas do cotidiano. Sua relevância ultrapassou a esfera acadêmica, e as acadêmicas foram convidadas a apresentar o mesmo na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Profª Laura Lisboa
NFR CCS
COREN-SC 86277

Flópolis, 12/07/2013.

Laura Lisboa